

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

LETÍCIA DE FÁTIMA MACOHIN

IMPACTO DA INTERVENÇÃO COM TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA
SAÚDE PSICOEMOCIONAL DE ADULTOS DO SUL DO BRASIL

CURITIBA

2014

LETÍCIA DE FÁTIMA MACOHIN

IMPACTO DA INTERVENÇÃO COM TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA NA
SAÚDE PSICOEMOCIONAL DE ADULTOS DO SUL DO BRASIL

Trabalho de conclusão de curso apresentado à disciplina
Trabalho de Conclusão de Curso II como requisito parcial à
conclusão do curso de graduação de Biomedicina, Setor
Ciências Biológicas, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profª Drª Milene Zanoni da Silva Vosgerau

Curitiba

2014

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças para continuar e me abençoou com muitas graças nessa jornada.

Aos meus pais e irmã, por todo o apoio sem medida durante as provas, trabalhos, angústias e por compartilharem e comemorarem comigo os bons momentos.

Ao namorado e amigo Gustavo por todo carinho e amor que tantas vezes precisei e por sempre acreditar no meu melhor.

A professora e orientadora Milene, que sempre será um exemplo de pessoa e profissional para minha vida, sou grata por me compreender e ajudar durante todo esse último ano de curso.

As amigas Melyssa, Ludiana, Valéria e Bruna, as quais muito estimo, que passaram comigo por todos os momentos do curso.

As meninas Ana, Sandriane, Taísa, Simone, Elaine e Dione pelos bons momentos e pela colaboração na realização da pesquisa e escrita do artigo.

RESUMO

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é classificada como prática integrativa no Brasil e este estudo objetivou avaliar impacto psicoemocional da TCI em frequentadores de instituição filantrópica de Curitiba-Paraná-Brasil. Foi realizado estudo transversal pré e pós rodas de TCI com 54 participantes e a análise dos dados foi quantitativa. Os resultados demonstraram melhora significativa no estado psico-emocional das mulheres depois das rodas em 88,9% das intervenções. O tema universal e estratégia de enfrentamento mais frequentes nas rodas foram conflitos familiares e empoderamento pessoal, respectivamente. Conclui-se que a TCI é uma intervenção grupal importante para promover o bem-estar psicoemocional, especialmente, de populações vulneráveis.

Palavras-chave: Medicina integrativa, saúde mental, estudos de intervenção, atenção primária em saúde, felicidade.

ABSTRACT

Community Integrative Therapy (CIT) is classified as an integrative practice in Brazil and this study aimed to evaluate the psychoemotional impact of CIT on frequenting a philanthropic institution in Curitiba-Paraná-Brazil. A cross-sectional study was performed pre and post CIT meetings with 54 participants and the data analysis was quantitative. The results showed significant improvement in the psychoemotional state of women after 88.9% of the interventions. The universal theme and most frequent strategies to confront problems during the meetings were family conflicts and personal empowerment, respectively. It is concluded that the CIT is an important group intervention to promote the psychoemotional well-being, especially for vulnerable populations.

Keywords: Integrative medicine, mental health, intervention studies, primary health care, happiness

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	06
1.1 JUSTIFICATIVA.....	06
1.2 OBJETIVOS.....	07
1.2.1 OBJETIVO GERAL.....	07
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	07
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	08
2.1 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL.....	08
2.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES.....	09
2.3 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA	12
3 METODOLOGIA.....	14
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO.....	14
3.2 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	14
3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO.....	14
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	14
3.5 INTERVENÇÃO: RODAS DE TCI.....	15
3.6 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA.....	16
3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	17
3.8 ASPECTOS ÉTICOS.....	18
4 RESULTADOS.....	18
4.1 ARTIGO.....	19
REFERÊNCIAS.....	38
ANEXOS.....	41

1 INTRODUÇÃO

Problemas que afetam a saúde mental dos indivíduos estão se tornando cada vez mais comuns, sendo que em 2020, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão será a segunda doença que mais reduz a esperança de vida saudável dos afetados (WHO, 2001).

Atualmente, o sistema de saúde mundial está passando por uma transição, de um modelo mecanicista, que volta sua atenção para resolver os problemas individuais da população, e não para entender as causas e o contexto, para um modelo mais social, o qual considera todos os aspectos que influenciam a vida e a saúde dos indivíduos, como: estado socioeconômico, emprego, vínculos sociais, alimentação, saneamento, aspectos individuais, entre outros.

No Brasil, esse modelo mais social resultou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS), o qual visaria atender toda a população de forma adequada. Porém, na teoria o modelo funciona melhor do que na prática, principalmente quando se trata de saúde mental, porque precisaria de pessoas com uma capacitação de qualidade para atenção aos pacientes com desordens mentais em todos os níveis de atendimento.

Enquanto o SUS ainda não está preparado para atender com excelência as pessoas que necessitam de atendimento de saúde mental, as práticas integrativas e complementares (PICS), juntamente com o atendimento primário a saúde, podem auxiliar e melhorar a qualidade de vida dos pacientes, sendo que, em 2006, foi criada a Política de Práticas Integrativas do SUS (BRASIL, 2006).

Uma das PICS implementada no SUS, é a terapia comunitária integrativa (TCI), foco deste trabalho. Porém, ainda existem poucos estudos sobre seu impacto nos participantes dessa prática, necessitando de estudos para avaliar se existe um efeito realmente benéfico para os usuários.

1.1 JUSTIFICATIVA

Os motivos para realização desse estudo são:

a) ampliar o conhecimento sobre as rodas de terapia comunitária, pois são poucos os estudos realizados e agora com a implantação da mesma no SUS como prática integrativa se vê a necessidade de avaliar qual o efeito dessa prática na vida dos usuários;

b) Levar benefícios aos usuários do CRAS, já que a TCI visa melhorar a qualidade de vida das pessoas e permitir o acesso a ações primárias de saúde mental.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

O Objetivo geral da pesquisa foi analisar os impactos da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) por meio dos resultados psicoemocionais dos adultos atendidos por uma instituição de assistência social do município de Curitiba/PR.

1.2.2 Objetivos específicos

- a) Caracterizar o perfil sociodemográfico, morbidades autorreferidas e uso de serviços de saúde da população de estudo;
- b) Analisar o índice de autopercepção da felicidade e sintomas de ansiedade do grupo analisado;
- c) Verificar se os melhores resultados psicoemocionais estão condicionados à maior frequência nas rodas de TCI;
- d) Identificar as principais queixas e estratégias de enfrentamento dos problemas relatados pelas mulheres atendidas no Centro Redentorista de Ação Social (CRAS).

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

Há algumas décadas o modelo biomédico existente na medicina vem sendo discutido como um modelo mecanicista que não dá espaço para uma análise profunda do indivíduo e sim apenas uma análise biológica. É incontestável a importância do surgimento desse modelo para saúde e para ciência, porém, o conceito do processo saúde-doença não mais trata apenas de dados bioquímicos/biológicos e sim de todos os aspectos contemplados pelo ser humano: Social, psicológico, espiritual, cultural, entre outros (ENGEL, 1977, p. 129-136). Viu-se portanto, a necessidade de uma medicina mais social e mais ampla.

O surgimento da medicina social no Brasil começou em uma época repressora, a ditadura militar. Os principais pesquisadores da época eram Sérgio Arouca e Cecília Donnangelo, que apontaram a necessidade de vincular a saúde com a sociedade, algo que já vinha ocorrendo na Europa. Com a teoria sendo construída e com o fim da ditadura militar, já existiam algumas propostas para a concretização de uma medicina mais social (FIOCRUZ, 2014).

Na Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, houve o consenso de que a saúde no Brasil precisava ter um embasamento mais elaborado, não só nos âmbitos administrativos e financeiros, mas também nos jurídicos e institucionais (ANDRADE; PONTES; JUNIOR, 2000, p.84-92). A partir daí um Sistema Único de Saúde (SUS) começou a ser discutido, como direito de todos os cidadãos e dever do estado, e foi implantado em 1988, sendo que em 1990 foi aprovada a Lei Orgânica da Saúde que detalhou o funcionamento desse sistema (BRASIL, 2014).

Durante a luta por essa conquista, também estava sendo discutido a importância de uma Reforma Psiquiátrica real, que contemplasse aspectos legais, financeiros, administrativos, mas acima de tudo, que garantisse a cidadania dos pacientes com algum tipo de doença ou distúrbio mental. Depois de conferências e encontros, foi sancionada a lei da Saúde Mental em 2001, implantando uma diretriz não asilar para o financiamento público e estabelece que o tratamento deve visar a reincersão do paciente em seu meio (TENÓRIO, 2002, p.25-59).

Tendo conhecimento que um dos princípios do SUS é a atenção básica em saúde, a Atenção Primária a Saúde (APS) torna-se uma das principais estratégias para que isso ocorra. E a saúde mental também deve ser contemplada na APS.

Porém, embora na legislação e na teoria tudo esteja coerente, na prática não é isso que se observa. Um estudo realizado por Gama e Campos (2009) de natureza bibliográfica exploratória, destaca a grande demanda na área da saúde mental na atenção básica em saúde. Além disso, nota-se a dificuldade de integração entre unidades de APS e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (GAMA; CAMPOS, 2009, p. 112-131).

Como um meio de auxílio a atender aos princípios e as propostas do SUS e ao mesmo tempo promover uma estratégia de promoção da saúde, em 2006 foi criada a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PICS) no SUS (BRASIL, 2006).

2.2 PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

As práticas integrativas e complementares são aquelas utilizadas como complemento aos medicamentos e outros tratamentos biomédicos tradicionais, diferentemente das práticas alternativas que visam substituí-los. Elas podem ser divididas em grupos: Sistemas médicos integrais, terapias baseadas na biologia, medicina energética, terapias manipulativas e baseadas no corpo e terapias mente-corpo (Tabela 1).

A maioria dessas práticas tem como objetivo uma resposta mais natural do organismo, buscando assim incentivar o empoderamento do indivíduo e garantir um tratamento mais integral, holístico, que contemple aspectos mentais, corporais e espirituais (SOUSA *et al.*, 2012, p.2143-2154).

TABELA 1- CLASSIFICAÇÃO DAS TERAPIAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Sistemas médicos integrais	Terapias baseadas na biologia	Medicina Energética	Terapias manipulativas e baseadas no corpo	Terapias mente-corpo
Acupuntura	Aromaterapia	Healing	Massoterapia	Yoga
Ayurveda	Terapia de quelação	Terapia de luz	Reflexologia	Hipnose
Tratamento homeopático	Terapias baseadas na dieta	Terapia magnética	Quiropratia	Relaxamento
Naturopatia	Medicina Popular	Reiki		Shiatsu
Medicina Tradicional Chinesa	Iridologia			Oração
	Terapia de megavitaminas			
	Terapia neural			
	Fitoterapia			

FONTE: Adaptado de Frass *et al.* (2012)

Com a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2006), houve um aumento progressivo na oferta de serviços voltados para essas práticas (Tabela 2), porém, ainda existem vários desafios a serem enfrentados para implementação real das PICS no sistema de saúde brasileiro, principalmente a nível primário: falta de profissionais capacitados, subnotificação de serviços e profissionais, predominância de práticas corporais, falta de código para registro de algumas práticas, entre outros (SOUSA *et al.*, 2012, p.2143-2154).

TABELA 2 - NÚMERO E PORCENTAGEM DOS SERVIÇOS DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO BRASIL EM 2007 E 2011

Prestador de serviços	Público				Privado			
	2007		2011		2007		2011	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Acupuntura	93	20	484	15	21	54	255	56
Fitoterapia	28	6	61	2	**	**	8	2
Outras técnicas da Medicina Tradicional Chinesa	68	15	376	12	6	15	34	7,5
Práticas corporais	230	49	2.064	66	3	8	98	22
Homeopatia	38	8	96	3	7	18	47	10
Termalismo	3	1	21	1	1	2,5	4	1
Medicina Antroposófica	6	1	10	1	1	2,5	7	1,5
Total	466	100	3.112	100	39	100	453	100

Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, Ministério da Saúde, mês de referência dezembro (<http://cnes.datasus.gov.br>, http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Especialidades.asp).

* Inclui os prestadores filantrópicos que corresponde a aproximadamente 1% dos prestadores privados;

** Não houve o registro de serviços no período.

FONTE: SOUSA *et al.*(2012)

Houve, também, um aumento considerável de consultas e procedimentos de PICS desde a implementação das políticas voltadas para essas práticas no Brasil (Tabela 3). Embora as PICS estejam sendo mais acessíveis e abordadas nos últimos anos no Brasil, ainda há a necessidade de muitos estudos.

TABELA 3 - NÚMERO DE CONSULTAS E PROCEDIMENTOS (POR 10 MIL HABITANTES)* EM PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO BRASIL, 2006-2011.

Procedimentos	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Consulta (homeopatia)	17	17	16	17	16	15
Consulta (acupuntura)	17	21	21	19	19	18
Sessão de acupuntura agulha	**	5	11	35	19	56
Sessão de eletroestimulação	**	1	1	2	4	5
Sessão de acupuntura ventosa	**	1	2	1	2	4
Práticas corporais da Medicina Tradicional Chinesa	**	1	6	13	8	8
Total	34	46	57	87	68	106

Fonte: elaboração própria com base no Sistema de Informações Ambulatoriais, Ministério da Saúde.

* Estimativa da população brasileira realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística;

** Não houve registro de produção no período.

FONTE: SOUSA *et al.*(2012)

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é uma prática integrativa e complementar do SUS desde 2008 e existem poucos estudos ao seu respeito, dessa

forma o foco desse trabalho foi o impacto da TCI nos seus participantes (ANDRADE et al, 2009).

2.3 TERAPIA COMUNITÁRIA INTEGRATIVA

A TCI foi criada no Brasil pelo professor Adalberto de Paula Barreto. Foi desenvolvida com o propósito de ser um programa de atenção primária na área da Saúde Mental. A TCI é uma prática utilizada pelos participantes para o compartilhamento de experiências de vida, sofrimentos e alegrias, na qual todos buscam soluções para os problemas de uma forma acolhedora. Embora haja um terapeuta formal, todos ensinam e aprendem na roda através da reflexão dos seus próprios relatos como os dos outros (BARRETO, 2010).

Em um mundo onde a relação ao próximo é desvalorizada, a TCI é proposta para o acontecimento dessas relações assim como o fortalecimento das mesmas. Além disso a TCI se baseia no princípio de solução de problemas no coletivo, através do compartilhamento de experiências e de emoções.

No contexto do SUS, desde 2008 a TCI vem sendo considerada como uma prática integrativa e complementar de cuidado essencial para a rede de atenção primária à saúde e vem se expandindo a cada dia na Estratégia Saúde da Família (ESF) de forma exitosa e inovadora (BRASIL, 2009). A TCI deve ser, portanto, valorizada como uma estratégia positiva de saúde mental que se baseia na prevenção e cura ao integrar todos os elementos culturais e sociais ativos da comunidade.

A implantação da TCI no SUS e na Estratégia da Saúde da Família é um indicio de que políticas de participação solidária estão sendo inseridas nas redes de atenção de saúde reorganizando essas redes para o desenvolvimento psicossocial das comunidades (BRASIL, 2009).

Cada roda comunitária é um processo terapêutico e possui início, meio e fim. Ela é realizada em cinco fases que garantem a qualidade da terapia.

As Fases da Terapia Comunitária são:

a) Acolhimento:

O acolhimento é o momento de descontração de ambientes e problemas externos, podendo ser feita alguma dinâmica ou colocada alguma música relaxante. O ideal é que as pessoas dispostas em forma de círculo para que os participantes

entrem em contato visual uns com os outros. Em seguida, caso haja novos integrantes ou quando necessário, deve-se informar as regras da TCI:

- fazer silêncio: o silêncio é comum no grupo e é um ato de respeito necessário para roda dar certo;

- falar da própria experiência: Contar apenas situações, problemas em que o "eu" esteja envolvido. Isso treina a habilidade de reflexão sobre a própria vida.

- não dar conselhos: as pessoas estão no grupo não para fazer julgamentos e sim para falar da sua experiência e aprender com a experiência dos outros.

- não fazer fofoca: o que se fala durante a TCI não deve servir de comentário fora desse momento, para que as pessoas se sintam confortáveis e que confiem naquele ambiente.

- não palestrar: respeitar o tempo para que todos possam se expressar.

- intervir no momento da emoção: quando alguém se emociona o grupo deve parar, dar as mãos e o terapeuta pergunta se alguém quer oferecer um "presente" (uma música, um abraço, uma poesia).

b) Escolha do tema

Entre os relatos dos participantes da terapia é escolhido por eles mesmos ou pelo terapeuta as histórias que mais se identificam para serem discutidas naquele momento, e então é escolhido o tema principal da roda.

c) Contextualização

Nesse momento é permitido aos outros participantes perguntar sobre os temas/histórias escolhidos. O terapeuta deve monitorar se nenhuma regra é infringida nesse momento.

d) Problematização

A pergunta reflexiva é a chave da terapia, pois traz um tema que leva a uma auto-reflexão e aprendizado sobre suas próprias emoções e sua própria história, assim como sobre a história do outro.

e) Finalização

O encerramento da TCI é importante, pois há a oportunidade do terapeuta e dos participantes levarem para casa e para semana uma palavra positiva, um poema, uma música relacionado aos sentimentos que surgiram na roda.

3 METODOLOGIA

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Curitiba é a capital do Paraná, um dos três estados que compõem o sul do Brasil. Possui, de acordo com o censo de 2009 do IBGE, 1.851.215 habitantes, compreendendo uma área de cerca de 500 km². Atualmente, as principais atividades econômicas da cidade são: indústria, atividades comerciais e do setor de serviços. A cidade possui um IDH de 0,823 e a proporção de pessoas com baixa renda é de 10,1% (IBGE, 2010). O coeficiente de mortalidade infantil é de 8,8/1.000 nascidos vivos e de mortalidade materna é de 59,4/100.000 nascidos vivos (IPARDES, 2011).

3.2 DELINEAMENTO DE ESTUDO

O estudo teve características quantitativas de intervenção terapêutica durante 12 meses, com pré e pós testes em um único grupo.

3.3 POPULAÇÃO DE ESTUDO

A população de estudo foi composta por mães/avós/irmãs de crianças atendidas no CRAS. O CRAS é uma instituição filantrópica que desenvolve diversos trabalhos com a comunidade, entre eles “Criança da Padroeira” e “Reforço Escolar”. Esses projetos sociais atendem crianças com problemas de aprendizagem e suas famílias. Neste contexto, a TCI foi implantada com o objetivo de oportunizar espaço de escuta sensível para a melhoria da qualidade de vida das famílias.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram: (a) ser maior de 18 anos; (b) participar das rodas de TCI e (c) aceitar participar da pesquisa.

3.5 INTERVENÇÃO: RODAS DE TCI

As rodas aconteceram com uma regularidade semanal no período de março a novembro de 2013, seguindo-se a metodologia proposta por Barreto (2010). A TCI funciona com um terapeuta e um co-terapeuta, se necessário, que conduzem a roda e os participantes. Geralmente, a roda segue cinco etapas, dentre elas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, pergunta reflexiva e finalização.

Na etapa de acolhimento, o co-terapeuta acomoda os participantes se apresentando e esclarecendo as regras que devem ser seguidas durante a roda. Nesta etapa, utilizam-se estratégias para redução da ansiedade e estresse, como relaxamento e meditação.

Nas etapas de contextualização e problematização, o terapeuta informa sobre as regras que organizam o processo da TCI para que todos possam se sentir seguros. Após isso, o terapeuta inicia perguntando sobre o motivo da presença de cada um e quais os sofrimentos e alegrias percebidas pelos participantes durante os dias anteriores as rodas.

O terapeuta então repete a fala dos participantes do grupo para confirmar seus relatos e melhorar lacunas de comunicação. Feito isso, o terapeuta solicita ao grupo que escolha com qual(uais) história(s) os participantes se identificaram, propondo que formulem perguntas para as pessoas escolhidas.

Este momento é muito importante, já que, ao responder as perguntas feitas pelos outros participantes, a pessoa é estimulada à reflexão a respeito da sua própria história e todos do grupo que viveram esta mesma experiência conversam, também, em silêncio com suas angústias e ansiedades.

A partir dos relatos dos participantes – sofrimentos e conquistas – o terapeuta, em escuta ativa, organiza os temas narrados pela sua singularidade e universalidade. Neste processo intersubjetivo, é construída a pergunta reflexiva formulada pela composição e congruência dos assuntos dominantes e específicos trazidos pelo grupo.

Esta pergunta é feita pelo terapeuta a todo o grupo e cada um responde de acordo com suas vivências e reflexões a fim de encontrar soluções e estratégias de enfrentamento dos problemas.

A finalização acontece com todos em círculo, unidos de mãos dadas, com o terapeuta agradecendo a presença de todos e solicitando que digam uma palavra que expresse a experiência vivida durante o encontro.

3.6 COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA

A coleta de dados foi realizada por uma equipe previamente treinada de terapeutas e co-terapeutas. Foi feita por meio de entrevistas, observação e relatos do que ocorreu nas rodas – diário de campo – a partir daí foi elencada as características dos problemas e das estratégias de enfrentamento das rodas.

Os formulários foram preenchidos antes das rodas, uma única vez, em que se obtiveram dados socioeconômicos, de saúde, de satisfação com a vida e de ansiedade, a fim de entender o perfil das pacientes e conduzir as rodas.

A felicidade foi mensurada através do instrumento *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) – escala de satisfação com a vida, elaborado por Diener *et al.* (1985, p.71-75) (ANEXO 3). Esta escala visa estimar a satisfação da pessoa comparando as condições de vida atuais em relação ao padrão de vida estabelecido por ele como desejável (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008, p.1060-1066). Trata-se de um instrumento unidimensional de cinco itens com respostas entre um (discordo fortemente) e sete (concordo fortemente), totalizando um escore mínimo de cinco (menor satisfação) e máximo de 35 (maior satisfação). Sua consistência interna é boa (Alfa de Cronbach = 0,87) e a confiabilidade teste-reteste após 2 meses é de 0,82. Sua validação para o português brasileiro foi feito por Gouveia *et al.* (2003, p.241-248).

Foram consideradas como pessoas satisfeitas aquelas classificadas como extremamente ou muito satisfeitas, e como insatisfeitas as classificadas como razoavelmente satisfeitas, ligeiramente insatisfeitas e insatisfeitas.

Os sintomas de ansiedade foram mensurados através da escala de ansiedade de Beck (ANEXO 3). Os escores de corte utilizados foram categorizados de acordo com o escore da sociedade brasileira da seguinte forma: ansiedade mínima (de 0 a 10 pontos), leve (de 11 a 19 pontos), moderada (de 20 a 30 pontos) e grave (de 31 a 63 pontos) (CASTRO *et al.* 2008, p. 25-30; BECK *et al.* 1988, p.893-897).

A presença da dor crônica foi questionada da seguinte forma: nos últimos seis meses, você tem sentido dor contínua? Para a mensuração da dor crônica foi utilizada a escala unidimensional verbal, na qual o entrevistado classifica a intensidade da dor em: nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor violenta ou dor insuportável. Essa escala foi testada em idosos e se mostrou válida (ANDRADE; PEREIRA; SOUSA, 2006, p.271–276).

O nível socioeconômico foi avaliado segundo o critério de classificação econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). São realizadas várias perguntas quanto à posse de itens e o nível de instrução do chefe da família e a partir de um sistema de pontos é indicada a classe econômica do indivíduo (ABEP, 2014).

O estado emocional foi avaliado com uma escala likert de faces (muito infeliz – muito feliz) (LIKERT, 1932, p.1-55) (ANEXO 2). Os usuários preencheram a escala no início e no final de cada roda de TCI. Para a análise dos dados foram atribuídos escores às faces: muito infeliz (1); infeliz (2); nem feliz nem infeliz (3), feliz (4) e muito feliz (5).

Com relação aos dados das rodas de TCI, os temas abordados e as estratégias de enfrentamento relatados nos encontros foram extraídos do diário de campo dos pesquisadores.

3.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

As questões dos formulários foram tabuladas e analisadas pelo programa de análise estatística Epilnfo Versão 3.5.4. Houve nesse estudo análise de frequência absoluta e relativa com o cálculo de médias e utilização de gráficos.

Para análise do estado emocional pré e pós-intervenção foi utilizado o teste de Wilcoxon comparando as médias das notas atribuídas à escala de faces pelos participantes. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Foi feita análise para verificar os participantes com maior frequência nas rodas tiveram melhores resultados na avaliação do estado emocional. Os voluntários foram distribuídos em dois grupos de acordo com o número de vezes que participaram das rodas. Considerou-se como corte para a distribuição dos grupos a presença em 50% (n=9) das rodas. Calculou-se a taxa de melhora percentual de cada indivíduo em cada roda. Esse cálculo foi feito da seguinte forma: taxa de

melhora percentual = $\{(nota\ final * 100 / nota\ inicial) - 100\}$. Na análise da taxa de melhora percentual, os valores não foram comparados roda a roda, tal como na análise do estado emocional. As médias dos grupos foram calculadas e comparadas por meio do teste de Mann-Whitney.

3.8 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética da UFPR segundo parecer 541.707/2014 (ANEXO 4).

4 RESULTADOS

4.1 ARTIGO ENCAMINHADO PARA REVISTA PORTUGUESA DE SAÚDE PÚBLICA

Em anexo (ANEXO 5) encontra-se o documento que submete o artigo científico à revista.

Impacto da intervenção com Terapia Comunitária Integrativa na saúde psicoemocional de adultos no sul do Brasil

Resumo

A Terapia Comunitária Integrativa (TCI) é classificada como prática integrativa no Brasil e este estudo objetivou avaliar impacto psicoemocional da TCI em frequentadores de instituição filantrópica de Curitiba-Paraná-Brasil. Foi realizado estudo transversal pré e pós rodas de TCI com 54 participantes e a análise dos dados foi quantitativa. Os resultados demonstraram melhora significativa no estado psico-emocional das mulheres depois das rodas em 88,9% das intervenções. O tema universal e estratégia de enfrentamento mais frequentes nas rodas foram conflitos familiares e empoderamento pessoal, respectivamente. Conclui-se que a TCI é uma intervenção grupal importante para promover o bem-estar psicoemocional, especialmente, de populações vulneráveis.

Abstract

Community Integrative Therapy (CIT) is classified as an integrative practice in Brazil and this study aimed to evaluate the psychoemotional impact of CIT on frequenting a philanthropic institution in Curitiba-Paraná-Brazil. A cross-sectional study was performed pre and post CIT meetings with 54 participants and the data analysis was quantitative. The results showed significant improvement in the psychoemotional state of women after 88.9% of the interventions. The universal theme and most frequent strategies to confront problems during the meetings were family conflicts and personal empowerment, respectively. It is concluded that the CIT is an important

group intervention to promote the psychoemotional well-being, especially for vulnerable populations.

Palavras-chaves: Medicina integrativa, saúde mental, estudos de intervenção, atenção primária em saúde, felicidade.

Keywords: Integrative medicine, mental health, intervention studies, primary health care, happiness

Introdução

Os transtornos mentais no Brasil e no mundo têm aumentado nos últimos anos, sendo que, em 2020, a depressão será o segundo maior problema de saúde pública do mundo¹. Segundo pesquisa publicada por Whiteford e colaboradores, os transtornos mentais e uso de substâncias foram a principal causa de anos vividos com incapacidade (*YLD-Years Lived with Disability*) em todo o mundo (22,9%) em 2010².

Apesar da prevalência e magnitude destas doenças, muitos países não oferecem sistemas e serviços da saúde mental adequados às necessidades da população³.

No Brasil, a despeito da Política de Saúde Mental, que preconiza o estímulo de práticas pautadas no território e articulação com rede ampliada de serviços de saúde, os transtornos mentais ainda não estão inseridos na atenção primária à saúde⁴. Como consequência, nota-se que a utilização de medicamentos psicoativos tem sido a principal prática terapêutica do Sistema de Saúde Brasileiro, em seus diferentes níveis⁵.

Portanto, a assistência em saúde mental historicamente tem se alicerçado no modelo biomédico, com foco na biologização do processo saúde-doença, em que prevalece a medicalização da existência e da vida individual⁶. Do mesmo modo, o paradigma médico vigente é limitado no que tange o acolhimento e manejo dos Transtornos Mentais Comuns (TMCs), que são considerados como sofrimentos difusos que geram repercussões subjetivas negativas na condição de saúde das pessoas, contudo não se enquadram nos critérios formais para diagnóstico de

depressão e ansiedade segundo o DSM-IV(*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)⁷ e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)⁸.

Esta situação se mostra alarmante, considerando que, em 2008, a prevalência de casos de TMCs na atenção primária à saúde foi de 56%. Este fato demonstra a magnitude do problema e a urgência de tecnologias terapêuticas em saúde mental que sejam mais humanizadas e resolutivas ⁹.

Nesta perspectiva, a Terapia Comunitária Integrativa (TCI) nasceu em 1987 no município de Fortaleza-CE e foi criada pelo Prof. Dr. Adalberto Barreto, docente do Curso de Medicina Social da Universidade Federal do Ceará, com a intenção de solucionar as necessidades de saúde mental daquela comunidade, a partir de tecnologias leves/relacionais ¹⁰.

Conceitualmente, a TCI é considerada uma ferramenta de construção de redes sociais solidárias, onde todos se tornam corresponsáveis na busca de soluções e superação dos desafios do cotidiano, num ambiente acolhedor e caloroso.

Como alicerces teóricos, a TCI fundamenta-se em cinco grandes eixos: pensamento sistêmico, teoria da comunicação, antropologia cultural, pedagogia de Paulo Freire e resiliência. Assim, a TCI – além de ser um espaço aberto para a troca de experiências e sabedorias – cria vínculos e resgata a autonomia dos indivíduos, por facilitar a transformação de carências em competências que os tornarão capazes de ressignificar momentos de dores e perdas ¹⁰.

No contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), desde 2008, a TCI tem sido classificada como prática integrativa e complementar de cuidado em saúde, com repercussões positivas na saúde física e emocional de diferentes populações. Contudo, são raras as pesquisas quantitativas realizadas sobre os desfechos da TCI na saúde da população ^{11,12,13,14,15}.

Considerando esta lacuna do conhecimento, o objetivo deste estudo foi analisar os impactos da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) por meio dos resultados psicoemocionais das mulheres atendidas em uma instituição de assistência social do município de Curitiba/PR. Como objetivos específicos, este estudo buscou (a) caracterizar o perfil sociodemográfico, patologias autorreferidas e uso de serviços de saúde da população de estudo; (b) analisar o índice de autopercepção da felicidade e sintomas de ansiedade do grupo analisado; (c) Verificar se os melhores resultados psicoemocionais estão condicionados à maior

frequência nas rodas de TCI e (d) Identificar as principais queixas e estratégias de enfrentamento dos problemas relatados pelas mulheres atendidas no Centro Redentorista de Ação Social (CRAS).

Metodologia

Contextualização

Curitiba é a capital do Paraná, um dos três estados que compõem o sul do Brasil. Possui, de acordo com o censo de 2009 do IBGE, 1.851.215 habitantes, compreendendo uma área de cerca de 500 km². Atualmente, as principais atividades econômicas da cidade são: indústria, atividades comerciais e do setor de serviços. A cidade possui um IDH de 0,823 e a proporção de pessoas com baixa renda é de 10,1% ¹⁶. O coeficiente de mortalidade infantil é de 8,8/1.000 nascidos vivos e de mortalidade materna é de 59,4/100.000 nascidos vivos ¹⁷.

Delineamento de Estudo

O estudo teve características quantitativas de intervenção terapêutica durante 12 meses, com pré e pós testes em um único grupo.

População de Estudo

A população de estudo foi composta por mães/avós/irmãs de crianças atendidas no CRAS. O CRAS é uma instituição filantrópica que desenvolve diversos trabalhos com a comunidade, entre eles “Criança da Padroeira” e “Reforço Escolar”. Esses projetos sociais atendem crianças com problemas de aprendizagem e suas famílias. Neste contexto, a TCI foi implantada com o objetivo de oportunizar espaço de escuta sensível para a melhoria da qualidade de vida das famílias.

Crítérios de inclusão

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram: (a) ser maior de 18 anos; (b) participar das rodas de TCI e (c) aceitar participar da pesquisa.

Intervenção: Rodas de TCI

As rodas aconteceram com uma regularidade semanal no período de março a novembro de 2013, seguindo-se a metodologia proposta por Barreto (2010). A TCI funciona com um terapeuta e um co-terapeuta, se necessário, que conduzem a roda e os participantes. Geralmente, a roda segue cinco etapas, dentre elas: acolhimento, escolha do tema, contextualização, problematização, pergunta reflexiva e finalização.

Na etapa de acolhimento, o co-terapeuta acomoda os participantes se apresentando e esclarecendo as regras que devem ser seguidas durante a roda. Nesta etapa, utilizam-se estratégias para redução da ansiedade e estresse, como relaxamento e meditação.

Nas etapas de contextualização e problematização, o terapeuta informa sobre as regras que organizam o processo da TCI para que todos possam se sentir seguros. Após isso, o terapeuta inicia perguntando sobre o motivo da presença de cada um e quais os sofrimentos e alegrias percebidas pelos participantes durante os dias anteriores as rodas.

O terapeuta então repete a fala dos participantes do grupo para confirmar seus relatos e melhorar lacunas de comunicação. Feito isso, o terapeuta solicita ao grupo que escolha qual história os participantes se identificam, propondo que formulem perguntas para as pessoas escolhidas.

Este momento é muito importante, já que, ao responder as perguntas feitas pelos outros participantes, a pessoa é estimulada à reflexão a respeito da sua própria história e todos do grupo que viveram esta mesma experiência conversam, também, em silêncio com suas angústias e ansiedades.

A partir dos relatos dos participantes – sofrimentos e conquistas – o terapeuta, em escuta ativa, organiza os temas narrados pela sua singularidade e universalidade. Neste processo intersubjetivo, é construída a pergunta reflexiva formulada pela composição e congruência dos assuntos dominantes e específicos trazidos pelo grupo.

Esta pergunta é feita pelo terapeuta a todo o grupo e cada um responde de acordo com suas vivências e reflexões a fim de encontrar soluções e estratégias de enfrentamento dos problemas.

A finalização acontece com todos em círculo, unidos de mãos dadas, com o terapeuta agradecendo a presença de todos e solicitando que digam uma palavra que expresse a experiência vivida durante o encontro.

Coleta de dados e instrumentos de pesquisa

A coleta de dados foi realizada por uma equipe previamente treinada de terapeutas e co-terapeutas. Foi feita por meio de entrevistas, observação e relatos do que ocorreu nas rodas – diário de campo – a partir daí foi elencada as características dos problemas e das estratégias de enfrentamento das rodas.

Os formulários foram preenchidos antes das rodas, uma única vez, em que se obtiveram dados socioeconômicos, de saúde, de satisfação com a vida e de ansiedade, a fim de entender o perfil das pacientes e conduzir as rodas.

A felicidade foi mensurada através do instrumento *Satisfaction With Life Scale* (SWLS) – escala de satisfação com a vida, elaborado por Diener *et al.* (1985)¹⁸. Esta escala visa estimar a satisfação da pessoa comparando as condições de vida atuais em relação ao padrão de vida estabelecido por ele como desejável¹⁹. Trata-se de um instrumento unidimensional de cinco itens com respostas entre um (discordo fortemente) e sete (concordo fortemente), totalizando um escore mínimo de cinco (menor satisfação) e máximo de 35 (maior satisfação). Sua consistência interna é boa (Alfa de Cronbach = 0,87) e a confiabilidade teste-reteste após 2 meses é de 0,82. Sua validação para o português brasileiro foi feito por Gouveia *et al.* (2003)²⁰.

Foram consideradas como pessoas satisfeitas aquelas classificadas como extremamente ou muito satisfeitas, e como insatisfeitas as classificadas como razoavelmente satisfeitas, ligeiramente insatisfeitas e insatisfeitas.

Os sintomas de ansiedade foram mensurados através da escala de ansiedade de Beck. Os escores de corte utilizados foram categorizados de acordo com o escore da sociedade brasileira da seguinte forma: ansiedade mínima (de 0 a 10 pontos), leve (de 11 a 19 pontos), moderada (de 20 a 30 pontos) e grave (de 31 a 63 pontos)^{21,22}.

A presença da dor crônica foi questionada da seguinte forma: nos últimos seis meses, você tem sentido dor contínua? Para a mensuração da dor crônica foi utilizada a escala unidimensional verbal, na qual o entrevistado classifica a

intensidade da dor em: nenhuma dor, dor leve, dor moderada, dor forte, dor violenta ou dor insuportável. Essa escala foi testada em idosos e se mostrou válida²³.

O nível socioeconômico foi avaliado segundo o critério de classificação econômica Brasil da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). São realizadas várias perguntas quanto à posse de itens e o nível de instrução do chefe da família e a partir de um sistema de pontos é indicada a classe econômica do indivíduo²⁴.

O estado emocional foi avaliado com uma escala likert de faces (muito infeliz – muito feliz)²⁵. Os usuários preencheram a escala no início e no final de cada roda de TCI. Para a análise dos dados foram atribuídos escores às faces: muito infeliz (1); infeliz (2); nem feliz nem infeliz (3), feliz (4) e muito feliz (5).

Com relação aos dados das rodas de TCI, os temas abordados e as estratégias de enfrentamento relatados nos encontros foram extraídos do diário de campo dos pesquisadores.

Análise estatística

As questões dos formulários foram tabuladas e analisadas pelo programa de análise estatística Epilnfo Versão 3.5.4. Houve nesse estudo análise de frequência absoluta e relativa com o cálculo de médias e utilização de gráficos.

Para análise do estado emocional pré e pós-intervenção foi utilizado o teste de Wilcoxon comparando as médias das notas atribuídas à escala de faces pelos participantes. O nível de significância utilizado foi de 5%.

Foi feita análise para verificar os participantes com maior frequência nas rodas tiveram melhores resultados na avaliação do estado emocional. Os voluntários foram distribuídos em dois grupos de acordo com o número de vezes que participaram das rodas. Considerou-se como corte para a distribuição dos grupos a presença em 50% (n=9) das rodas. Calculou-se a taxa de melhora percentual de cada indivíduo em cada roda. Esse cálculo foi feito da seguinte forma: taxa de melhora percentual = $\{(nota\ final * 100 / nota\ inicial) - 100\}$. Na análise da taxa de melhora percentual, os valores não foram comparados roda a roda, tal como na análise do estado emocional. As médias dos grupos foram calculadas e comparadas por meio do teste de Mann-Whitney.

Aspectos éticos

Este projeto foi aprovado pelo comitê de ética da UFPR segundo parecer 541.707/2014.

Resultados

A população de estudo foi composta por 57 pessoas (54 mulheres e três homens), com idade média de 34,5 (14,3) anos. A média de participantes por roda foi de 14 pessoas. Todos participaram da escala de faces, porém a aplicação dos formulários foi realizada apenas para 16 participantes, os quais frequentaram as rodas mais de uma vez. Das participantes que responderam o formulário, como demonstrado na tabela 1, a maior parte tinha 36 anos ou mais, possuía companheiro, era da raça branca, tinha escolaridade (primeiro grau completo e acima deste) e se encontrava nas classes C/D/E. Metade das que responderam o formulário trabalhava fora de casa.

Tabela 1- Distribuição das variáveis sociodemográficas entre mulheres participantes das rodas de TCI. Curitiba, 2013.

	N	%
Idade		
25-35 anos	5	31,3
36 ou mais	11	68,8
Estado conjugal		
Com companheiro	11	68,8
Sem companheiro	5	31,3
Raça		
Branca	9	56,3
Outras	7	43,8
Escolaridade		
Com escolaridade	10	62,5
Sem escolaridade	6	37,5
Situação de trabalho		
Com emprego	8	50,0

Sem emprego	8	50,0
Classificação ABEP		
Classe A/B	5	31,2
Classe C/D/E	11	68,8

Caracterização das condições de saúde e utilização dos serviços de saúde

De acordo com as variáveis apresentadas na Tabela 2, de morbididades e utilização do sistema de saúde, mais da metade das participantes considerou sua saúde excelente ou boa, e relatou não ter hipertensão (75%), diabetes (93,8%) e depressão (81,2%). A prevalência de dor crônica foi de 37,5%, sendo que 80% relatou sentir dor moderada. Além disso, a maioria das participantes não consultou o médico nos últimos três meses e não passou por uma internação hospitalar no último ano.

Tabela 2: Distribuição das variáveis associadas à autopercepção da saúde e utilização de serviços de saúde entre mulheres participantes das rodas de TCI. Curitiba, 2013.

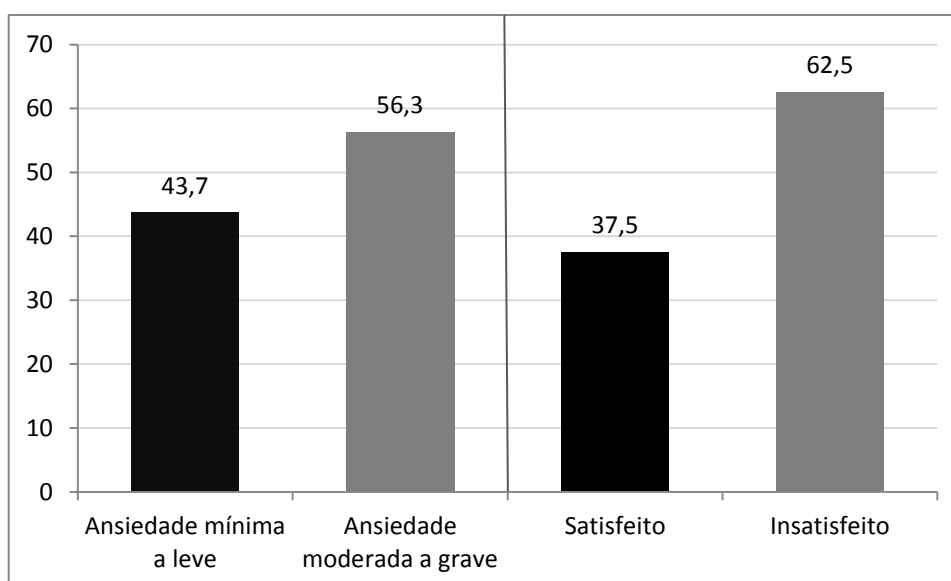
	N	%
Saúde		
Excelente/boa	9	56,3
Regular/ruim	7	43,8
Hipertensão arterial		
Sim	4	25
Não	12	75
Diabetes		
Sim	1	6,3
Não	15	93,8
Depressão		
Sim	3	18,8
Não/Não sei	13	81,2
Dor crônica		
Sim	6	37,5

Não	10	62,5
Intensidade da dor (n=5)*		
Moderada	4	80
Forte	1	20
Plano de saúde		
Sim	2	12,5
Não	14	87,5
Consulta nos últimos 3 meses		
(n=15)*		
Sim	6	40
Não	9	60
Internação no último ano (n=15)*		
Sim	1	6,7
Não	14	93,3

*15 dos 16 participantes responderam essas perguntas.

Quanto às questões de ansiedade e satisfação com a vida, nove participantes (56,3%) apresentaram sintomas sugestivos de ansiedade moderada a grave e dez (62,5%) se consideraram insatisfeitos com a vida.

Gráfico 1 – Prevalência de Sintomas de Ansiedade e da autopercepção da felicidade segundo escala de satisfação com a vida. Curitiba, 2013.



Impacto psicoemocional nos participantes de rodas de TCI

Foram realizadas 18 rodas de terapia comunitária nas quais houve coleta de dados relativos ao estado emocional dos usuários. Como mostrado na tabela 3, dentre todos os encontros, em 16 (88,9%) houve melhora significativa do estado emocional depois das rodas comparado ao estado anterior, de acordo com a escala Likert de faces. O valor médio atribuído ao estado emocional antes da intervenção foi de 3,76 (dp=0,96) e no final 4,57 (dp=0,62) ($p<0,0001$).

Tabela 3: Avaliação do estado emocional pré e pós-intervenção das participantes das rodas de Terapia Comunitária Integrativa. Curitiba, 2013.

Roda (n)*	Antes da roda **	Depois da roda**	Z	P
1 (17)	3,65 (1,00)	4,88 (0,33)	3,18	0,001
2 (14)	3,79 (1,12)	4,71 (0,47)	2,67	0,008
3 (18)	3,78 (0,81)	4,72 (0,46)	2,93	0,003
4 (19)	3,84 (0,83)	4,58 (0,69)	3,06	0,002
5 (11)	3,64 (1,03)	4,55 (0,52)	2,52	0,012
6 (20)	4,10 (1,02)	4,55 (0,83)	2,52	0,012
7 (13)	3,85 (0,80)	4,23 (0,44)	2,02	0,043
8 (16)	3,56 (1,09)	4,25 (0,68)	2,52	0,012
9 (12)	3,50 (1,00)	4,58 (0,79)	2,80	0,005
10 (16)	3,75 (1,34)	4,31 (0,95)	2,37	0,018
11 (11)	4,00 (1,00)	4,73 (0,47)	2,20	0,028
12 (9)	4,22 (0,67)	4,67 (0,50)	1,83	0,068
13 (17)	3,29 (1,10)	4,29 (1,05)	3,06	0,002
14 (15)	3,80 (0,77)	4,53 (0,64)	2,80	0,005

15 (9)	3,89 (1,27)	4,67 (0,50)	1,83	0,068
16 (11)	3,64 (0,81)	4,36 (0,81)	2,20	0,028
17 (12)	3,67 (1,37)	4,67 (0,49)	2,37	0,018
18 (12)	3,33 (0,65)	4,25 (0,75)	2,67	0,008

*Dados expressos como número da roda (número de participantes).

** Dados expressos como média (desvio padrão)

Taxa de melhora percentual entre os participantes das rodas de TCI

As taxas de melhora foram semelhantes entre as pessoas que frequentaram menos (30,4%; n=46) ou mais (34,5%, n=11) os encontros de TCI ($p=0,23$). Assim, o número de vezes que as pessoas participaram das rodas não foi determinante para a melhora do estado emocional dos usuários.

Características das rodas de TCI

Os principais temas abordados durante as rodas de terapia comunitária estão listados na Tabela 4, sendo que os mais frequentes foram: conflitos familiares (20,3%), estresse (18,8%), perdas (14%) e trabalho (12,5%).

Tabela 4 - Principais temas universais citados nas rodas de TCI. Curitiba, 2013.

Temas Universais	Número de vezes abordados (n)	Porcentagem (%)
Conflitos familiares	13	20,3
Estresse	12	18,8
Perdas	9	14,0
Trabalho	8	12,5
Problemas físicos de saúde	7	10,9

Outros	15	23,4
Total	64	100

* Análise de 16 rodas

Tabela 5 - Principais estratégias de enfrentamento citadas nas rodas de TCI. Curitiba, 2013.

Estratégias de enfrentamento	Número de vezes abordadas (n)	Porcentagem (%)
Fortalecimento do empoderamento pessoal	14	23,3
Cuidado no relacionamento com a família	11	18,3
Participação das rodas de TCI	9	15,0
Autocuidado	8	13,3
Outros	18	30,0
Total	60	100

*Análise de 16 rodas

Já as principais estratégias de enfrentamento para os temas abordados estão listadas na Tabela 5, sendo que as mais relatadas foram fortalecer o empoderamento pessoal (23,3%), cuidar do relacionamento com a família (18,3%), participar das rodas de TCI (15%) e cuidar de si própria (13,3%).

Discussão

No Brasil, estudos epidemiológicos que avaliem o impacto de práticas integrativas e complementares na saúde física e emocional, tal como a terapia comunitária integrativa, são praticamente inexistentes, o que dificulta comparações dos resultados obtidos com outras populações ¹⁵. Neste trabalho, foi possível analisar

o impacto psicoemocional da TCI, considerando que houve melhora significativa do estado emocional das mulheres atendidas no CRAS após a intervenção das rodas comparativamente ao estado anterior.

Diante disso, a metodologia da TCI se mostrou como prática integrativa e complementar importante para diminuição do sofrimento e aumento da resiliência de mulheres, pois, nas rodas de TCI, o indivíduo fala da sua dor, compartilhando a um grupo que também sofre. Porém, nas rodas, são estimulados aspectos que não se limitam apenas à doença/dor, mas que envolvem a vida do ser humano como um todo, valorizando a integralidade e humanização.

Outro aspecto relevante é que a Terapia Comunitária Integrativa é classificada como uma abordagem grupal na atenção primária à saúde. As intervenções grupais, apesar de ainda serem pouco utilizadas nos serviços de saúde²⁶, são inovadoras na perspectiva assistencial e imprescindíveis, do ponto de vista da gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Isto porque o trabalho em grupo, por um lado, é um instrumento metodológico eficaz na promoção e educação em saúde dos indivíduos além de potencializar o fortalecimento de vínculos entre os participantes e desses, com a estrutura institucional e, por outro, é uma forma de manejar o elevado número de procura por atendimentos em saúde mental, com otimização de recursos humanos, físicos, financeiros e de tempo^{27,28}.

Um dos achados deste estudo que reitera o exposto acima, é que as taxas de melhora foram semelhantes entre as pessoas que frequentaram menos ou mais os encontros de TCI, o que representa que o impacto positivo da TCI no bem-estar subjetivo e emocional mesmo em pessoas que não frequentaram tão assiduamente as rodas. Logo, a TCI vem como uma estratégia terapêutica complementar à abordagem clínica individual, que pode ser efetiva na promoção, prevenção e tratamento dos transtornos mentais, como depressão e ansiedade.

Neste estudo, o nível de ansiedade observado em mais da metade dos participantes (56,3%) foi classificado de moderado a forte, o que pode ter como causa os Transtornos Mentais Comuns (TMCs) ou o popular "sofrimento dos nervos", como verificado por Arôca²⁹. Esse achado provavelmente se associa positivamente com a alta prevalência de insatisfação com a vida.

Apesar da necessidade de cuidados em saúde, a maioria dos entrevistados (60%) não tinha se consultado nos últimos 3 meses e não era filiado a nenhum plano privado de saúde (87,5%), o que sugere dificuldade de acesso aos serviços de

saúde, já que a filiação a planos privados de saúde pode aumentar em até 450% a utilização dos serviços³⁰. Esta situação era esperada na população estudada considerando que 68,8% das pessoas tinham nível socioeconômico baixo (classes C/D/E).

Adicionalmente, existem diferenças significativas de gênero na incidência, prevalência e curso dos transtornos mentais, sendo que as mulheres tem maior vulnerabilidade de apresentar sintomas depressivos e ansiosos, em especial, no período reprodutivo³¹.

Assim, além do maior risco de adoecer por transtornos mentais, justifica-se a predominância de mulheres nas atividades ofertadas pelo CRAS – rodas de TCI e reforço escolar –, uma vez que histórica e culturalmente o gênero feminino é quem dispensa maior preocupação e tempo para cuidar das necessidades das famílias³². Este fato é corroborado pelos temas universais “conflito familiar” e “estresse” terem sido os mais relatados durante as rodas de TCI analisadas.

Com relação às estratégias de enfrentamento dos desafios cotidianos, o empoderamento pessoal, o autocuidado e cuidado com a família e a participação das rodas de estão entre as mais citadas nos encontros. Segundo Arôca (2009), em seu estudo realizado com mulheres de um município do Rio de Janeiro, no Brasil, aponta que o empoderamento pessoal e as redes de apoio, tal como a TCI, são fatores protetores da saúde física e mental, com consequente impacto positivo na qualidade de vida²⁹.

Estes resultados podem ser justificados já que a metodologia da TCI, tal como cita Barreto, cria espaços de escuta sensível que convida seus participantes a sair do individual e alcançar o comunitário na perspectiva da autonomia, corresponsabilidade e competência, superando a dependência e a carência, que é o enfoque medicalizador hegemônico sustentado pelo modelo biomédico.

Com relação às potencialidades do estudo, um ponto positivo foi o número elevado de mulheres acompanhadas nas intervenções (≈ 14), considerando que a participação era espontânea e as rodas ocorreram durante período longo (1 ano). Ainda, para garantir a validade interna da pesquisa, a realização das rodas de TCI foram desenvolvidas pelas mesmas terapeutas comunitárias do início ao fim do processo, seguindo adequadamente a metodologia da TCI segundo Barreto (2010).

Já como limitação metodológica, destaca-se que nas rodas em que houve menor número de participantes ($n=9$), foram as mesmas em que não foi verificada

diferença significativa no estado emocional das participantes antes e após a intervenção. Assim, aventa-se a hipótese de que não foi possível determinar se realmente não teve diferença estatisticamente significativa ou se a amostra pequena não foi suficientemente representativa para a mensuração.

Considerações finais

Concluindo, com essa pesquisa pode-se demonstrar o efeito benéfico da terapia comunitária integrativa (TCI) na melhora no estado psicoemocional dos participantes das rodas no Centro Redentorista de Ação Social (CRAS) em Curitiba. Foi possível traçar o perfil dos entrevistados e verificar a importância das rodas, em especial para mulheres em situação de vulnerabilidade social, econômica e em questões relativas à saúde emocional.

A TCI, juntamente com outras práticas integrativas, pode ser considerada tecnologia social inovadora para o fortalecimento da atenção primária à saúde, principalmente na saúde mental, pois, a partir de intervenções grupais, cria espaços resolutivos de escuta ativa, que acolhe o sofrimento e estimula as competências humanas, auxiliando os usuários a compreenderem e lidarem de forma mais positivas com as próprias emoções.

Referências

- 1 WHO. World Health Organization [Internet]. Mental Health: A call for action by world health ministers. 2001. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/advocacy/en/Call_for_Action_MoH_Intro.pdf>. Acesso em 30 jun 2014.
- 2 Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, Charlson FJ, Norman RE, Flaxman AD, Johns N, Burstein R, Murray CJL, Vos T. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
- 3 WHO. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to major risks. Geneva: WHO library, 2009.

- 4 Nunes M, Jucá VJ, Valetim, CPB. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cad. Saúde Pública*. 2007;23:2375-2384.
- 5 Dimenstein M, Santos YF, Brito M, Severo AK, Moraes C. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* [online]. 2005, vol.3, n.5, p. 23-41. ISSN 1679-4427.
- 6 Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino ACS, Gomberg E. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS;29-74; 2009.
- 7 APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª ed; American Psychiatric Association; Washington, DC: 2013.
- 8 OMS. Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre, Artmed: 1993.
- 9 Faria MLVC, Guerrini IA. Limitações do paradigma científico hegemônico no acolhimento ao sofrimento psíquico na atenção básica. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2012;16(42):779-792.
- 10 Barreto AP. *Terapia comunitária passo a passo*. 3ª ed.; Editora Gráfica LCR; 2008.
- 11 Guimarães FJ, Ferreira Filha MO. Repercussões da terapia comunitária no cotidiano dos seus participantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2006;8(3):404-414.
- 12 Holanda VR, Dias MD, Ferreira Filha MO. Contribuições na terapia comunitária para o enfrentamento de gestantes. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2007;9(1):79-92.
- 13 Ferreira Filha MO, Dias MD, Andrade FB, Lima EAR, Ribeiro FF, Silva MSS. A terapia comunitária como estratégia de promoção à saúde mental: o caminho para o empoderamento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. 2009;11(4):964-70.

- 14 Andrade FB, Ferreira Filha MO, Dias MD, Silva AO, Costa ICC, Lima EAR, Mendes CKTT. Promoção da Saúde Mental do idoso na atenção básica: as contribuições da terapia comunitária. *Texto Contexto Enferm*. 2010;19(1): 129-36, 2010.
- 15 Azevedo EB, Cordeiro RC, Costa LFP, Guerra CS, Ferreira Filha MO, Dias, MD. Pesquisas brasileiras sobre terapia comunitária integrativa. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2013;15(3):114-120.
- 16 IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. Curitiba-PR: População; 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=411570#>>.
- 17 IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. *Caderno estatístico: Município de Curitiba*. Curitiba: IPARDES; 2011.
- 18 Diener ED, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction with life scale. *J Pers Assess*. 1985;49:71-75.
- 19 Gonçalves DM, Kapczinski F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. *Revista Saúde Pública*. 2008;42(6):1060-1066.
- 20 Gouveia VV *et al*. A utilização do QSG-12 na população em geral: estudo de sua validade de construto. *Psic. Teor. Pesq*. 2003;19(3):241-8.
- 21 Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988;56(6):893-897.
- 22 Castro MGT, Oliveira MS, Araujo RB, Pedroso RS. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. *Rev Psiquiatr RS*. 2008;30(1):25-30.
- 23 Andrade FA, Pereira LV, Sousa FAEF. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2006;14(2):271–276.
- 24 ABEP. Associação Brasileira de Empresas de pesquisa [Internet]. Critério de classificação econômica Brasil 2014. Disponível em:<<http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>>

- 25 Likert R. A Technique for the Measurement of Attitudes. *Archives of Psychology*. 1932;140:1–55.
- 26 Chiesa AM, Nascimento DDG, Braccialli LAD, Oliveira MAC, Ciampone MHT. A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. *Cog Enf*. 2007;12 (2):236-240.
- 27 Maffaccioli R, Lopes MJM. Os grupos na atenção básica de saúde de Porto Alegre: usos e modos de intervenção terapêutica. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011;16 sup I.1:973-982.
- 28 Simões FV, Stipp MAC. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. *Esc. Anna Nery*. 2006;10 (1):139-144.
- 29 Aroca SRS. Qualidade de Vida: comparação entre o impacto de ter transtorno mental comum e a representação do "Sofrimento dos Nervos" em mulheres. Dissertação [Mestrado em Saúde Pública] - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2009.
- 30 Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2002;18:77-87.
- 31 Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Psiqu. Clin*. 2006;33(2):43-54.
- 32 Cavalcanti VRS, Barbosa CF, Caldeira BMS. Ética do cuidar e relações de gênero? Práticas familiares e representações da divisão do tempo. *Estud. sociol.*, Araraquara, v.17, n.32, p.189-204, 2012.
- 33 APA. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5ª ed; American Psychiatric Association; Washington, DC: 2013.

REFERÊNCIAS

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de pesquisa [Internet]. **Critério de classificação econômica Brasil 2014**. Disponível em: < <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>>. Acesso em 02/03/2014.

ANDRADE et al. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza:

ANDRADE, F. A.; PEREIRA, L. V.; SOUSA, F. A. E. F. Mensuração da dor no idoso: uma revisão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 14(2), p.271-276, 2006.

ANDRADE, L. O. M.; PONTES, R. J. S.; JUNIOR, T. M. A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v.8 (1/2), p. 84-92, 2000.

BARRETO, A. P. **Terapia Comunitária passo a passo**. 4ª ed, Fortaleza: Gráfica LCR, 2010.

BECK, A. T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R. A. An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 56(6), p.893-897, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O SUS e a Terapia Comunitária**. Fortaleza: BRASIL, 2009.

BRASIL. Ministério da saúde. **Do sanitário à municipalização**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/historico>>. Acesso em 11/11/2014.

BRASIL. Ministério da saúde. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS. **Ministério da Saúde**, 1ª ed, 2006. Disponível em: < <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpic.pdf>>. Acesso em 11/11/2014.

CASTRO, M. G. T. *et al*. Relação entre gênero e sintomas depressivos e ansiosos em tabagistas. **Rev Psiquiatr RS**, vol. 30 (1), p. 25-30, 2008.

CORDEIRO, R. C.; AZEVEDO, E. B. de; SILVA, M. do S. S.da; FERREIRA FILHA, M. de O.; SILVA, P. M. de C.; MORAES, M. N. de. Terapia Comunitária Integrativa na estratégia Saúde da Família: análise acerca dos depoimentos dos seus participantes. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 9, n.

2, p. 192-201, ago./dez. 2011. Disponível em: <<http://revistas.unincor.br/index.php/revistaunincor/article/view/150>>. Acesso em 07/08/2012.

DIENER, E. D.; EMMONS, R. A.; LARSEN, R. J.; GRIFFIN, S. The Satisfaction with life scale. **J Pers Assess**, vol.49, p.71-75, 1985.

ENGEL, G. L. The need for a new biomedical model: A challenge for biomedicine. **Science**, v.196, p.129-136, 1977.

FIOCRUZ. Biblioteca virtual Sérgio Arouca. **Reforma sanitária**. Disponível em: <<http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em 05/11/2014.

FRASS, M. Use and Acceptance of Complementary and Alternative Medicine Among the General Population and Medical Personnel: A Systematic Review. *The Ochsner Journal*, vol. 12, p. 45-56, 2012.

GAMA, C. A. P.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental na Atenção Básica – Uma pesquisa bibliográfica exploratória em periódicos de saúde coletiva (1997-2007). **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v.1 nº2, p.112-131, 2009.

GONÇALVES, D.M.; KAPCZINSKI, F. Transtorno mental, indicadores demográficos e satisfação com a vida. **Revista Saúde Pública**, vol. 42(6), p. 1060-1066, 2008.

GOUVEIA, V. V. *et al.* A utilização do QSG-12 na população em geral: estudo de sua validade de construto. **Psic. Teor. Pesq**, vol 19(3), p. 241-248, 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [Internet]. **Curitiba-PR: População; 2010**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=411570#>>. Acesso em 03/04/2014.

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social. **Caderno estatístico: Município de Curitiba**. Curitiba: IPARDES, 2011.

LIKERT, R. A. Technique for the Measurement of Attitudes. **Archives of Psychology**, vol. 140, p. 1-55, 1932.

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine. **Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?**. Disponível em: <<http://nccam.nih.gov/health/whatiscam>>. Acesso em 20/11/2014.

NETO, J. L.; KIND, L. **Promoção da Saúde. Práticas grupais na estratégia Saúde da Família.** São Paulo-Belo Horizonte: Hucitec, 2011.

PAULON, S.; NEVES, R. **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado.** Porto Alegre: Sulina, 2013.

SOUSA, I. M. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cad. Saúde Pública**, vol. 28 (11), p. 2143-2154.

TENÓRIO, F. A reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde**, vol. 9(1), p. 25-59, 2002.

WHO. **World Health Organization. The world health report 2001- Mental health, new understanding, new hope,** 2001. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2001/chapter2/en/index4.html>>. Acesso em 17/12/2014.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, **Dione Lorena Tinti e Milene Zanoni da Silva Vosgerau**, pesquisadoras da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando a Senhora a participar de um estudo intitulado ***“Impacto da Terapia Comunitária Integrativa na saúde biopsicossocial de mulheres atendidas pelo CRAS – Centro Redentorista de Ação Social da Igreja Perpétuo Socorro de Curitiba-PR.***

Com relação aos motivos que justificam a realização deste estudo, defendemos que esta pesquisa trará diversos benefícios, já que a metodologia da Terapia Comunitária Integrativa oportuniza o acesso a ações de saúde mental visando melhor cuidado e qualidade de vida aos usuários.

O objetivo desta pesquisa é analisar os efeitos biopsicossociais da Terapia Comunitária Integrativa em mulheres atendidas pelo CRAS – Centro Redentorista de Ação Social da Igreja Perpétuo Socorro de Curitiba-PR.

1. Para tanto você deverá comparecer no CRAS para pelo menos 1 encontro da Terapia Comunitária Integrativa.
2. Alguns riscos podem relacionados ao estudo podem ser: O risco pode existir caso você necessite de cuidados de saúde antes, durante e após a sessão da TCI. Caso necessite de acompanhamento terapêutico de saúde mental, os pesquisadores te encaminharão para acolhimento ambulatorial de TCI no Ambulatório de Saúde Mental - HC/UFPR.
3. Os benefícios esperados com essa pesquisa são: aliviar o sofrimento físico e emocional; reforçar sua auto-estima; restaurar e fortalecer os laços sociais; proporcionar um espaço de escuta sensível; favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias;
4. Os pesquisadores Dione Lorena Tinti (coordenadora) e Milene Zanoni da Silva Vosgerau, responsáveis por este estudo, poderão ser contatados na Av. Lothário Meissner, 632, Jardim Botânico, Curitiba ou no telefone (41) 33604073 para esclarecer eventuais dúvidas que a Sra. possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.
5. A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam o termo de consentimento livre e esclarecido assinado. A sua recusa não implicará na interrupção da participação das rodas de TCI, exceto nas circunstâncias que assim desejar.
6. As informações relacionadas ao estudo poderão conhecidas por pessoas autorizadas (pesquisadores). No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade. A sua entrevista será gravada, respeitando-se completamente o seu anonimato. Tão logo transcrita a entrevista e encerrada a pesquisa o conteúdo será desgravado ou destruído.
7. Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os

riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão interrompa a participação nas rodas de TCI no CRAS.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

(Assinatura do sujeito de pesquisa ou responsável legal)

Local e data

Assinatura do Pesquisador

Rubricas:

Sujeito da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR

Telefone: (41) 3360-7259 e-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 2

ESCALA DE FACES E REGISTRO DAS RODAS

AVALIAÇÃO DA TERAPIA COMUNITÁRIA

Marque um X no número que corresponde a sua satisfação



Antes	
Depois	

Nome: _____ Data ____/____/____
 Idade _____ Sexo: Feminino ☐ Masculino ☐

REGISTRO DAS RODAS

Registro das Rodas de TCI

Local: _____ Data: _____

Terapeuta: _____

Co-terapeutas: _____

Número de participantes na TCI

	Criança (0 a 10)	Adolescente (11 a 19)	Adulto (20 a 59)	Idoso (mais de 60)	Total
Feminino					
Masculino					
Total					

Marque os itens numerados abaixo que correspondem aos temas propostos na TC. Detalhe o tema no espaço ao lado do item marcado, se necessário. (= **temas universais**).

(1) Estresse (angústia, medo, ansiedade, insônia, nervosismo, mágoa, raiva, vingança, desânimo, desprezo...)	(7) Abandono, Rejeição, Discriminação (adoção, poder público, esposo (a), filho (a), companheiro (a), amigo (a), irmã/irmão, autorejeição, parente, colega de trabalho, por questões de cor, raça, gênero, doença)
(2) Conflitos familiares (marido e mulher, separação, pais, irmãos, avós, netos, traição, ciúmes...)	(8) Problemas físicos de saúde (diabetes, pressão alta, dores crônicas, epilepsia, alergias, câncer, problemas cardíacos, etc.)
(3) Dependências: () álcool () drogas () crack () outra_ Qual?	(9) Problemas mentais, psíquicos e neurológicos (transtorno bipolar, esquizofrenia, psicoses, autismo)

(tráfico, prisão, furto, dependências, remédios, agressões [em contexto intrafamiliar e comunitário])	
(4) Trabalho (desemprego, falta de reconhecimento, insatisfação, insegurança, agressão física/verbal e moral, dificuldades financeiras, dívidas...)	(10) Problemas escolares (reprovação, problemas de aprendizagem)
(5) Violência, Exploração Sexual/Pedofilia (guangues, sexual, assalto, homicídio, intrafamiliar contra a mulher/homem, criança, adolescente, idoso, policial)	(11) Perdas (pai/mãe, esposo(a), companheiro(a), filha, vizinho(a), parentes, animais de estimação)
(6) Depressão	(12) Outro. Qual? _____

Marque os itens numerados abaixo que correspondem às **estratégias de enfrentamento** do(s) temas escolhidos pelos participantes da terapia.

(1) Fortalecimento/Empoderamento pessoal: capacidade de apropriar-se do seu poder agir
(2) Busca de redes solidárias (amigos, vizinhos, associações, grupos de auto-ajuda)
(3) Busca de ajuda religiosa ou espiritual
(4) Cuidar do relacionamento com a família
(5) Busca de ajuda profissional e ações de cidadania (serviços públicos)
(6) Autocuidado (busca de recursos na cultura)
(7) Participar da terapia comunitária
(8) Outras. Quais?

Registre abaixo **depoimentos significativos** da TC (o que está levando da terapia comunitária_fase de encerramento da TC = palavras.)

ANEXO 3

FORMULÁRIO

ENTREVISTADOR: _____		NOME do entrevistado: _____		
ENDEREÇO: _____			FONE: _____	
1. IDENTIFICAÇÃO E VARIÁVEIS SÓCIO-DEMOGRÁFICAS				
1.1. Sexo 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino		1.2. DN: ____/____/____		
1.3. Estado civil		1.3. número de filhos: _____		
1 <input type="checkbox"/> Solteiro(a) 2 <input type="checkbox"/> Casado(a)/ União Consensual 3 <input type="checkbox"/> Separado/Divorciado(a) 4 <input type="checkbox"/> Viúvo				
1.4. Raça		1 <input type="checkbox"/> Branca 2 <input type="checkbox"/> Preta/negra 3 <input type="checkbox"/> Parda 4 <input type="checkbox"/> Amarela		
1.6. Religião		1 <input type="checkbox"/> Católica 2 <input type="checkbox"/> Evangélica 3 <input type="checkbox"/> Espírita 4 <input type="checkbox"/> Sem religião 5 <input type="checkbox"/> Outras _____		
1.7. Você se considera		1 <input type="checkbox"/> Muito religioso 2 <input type="checkbox"/> Mais ou menos religioso 3 <input type="checkbox"/> Pouco religioso 4 <input type="checkbox"/> Nada religioso		
1.8. Escolaridade		1 <input type="checkbox"/> Analfabeto 2 <input type="checkbox"/> 1º grau incompleto 3 <input type="checkbox"/> 1º grau completo 4 <input type="checkbox"/> 2º grau incompleto 5 <input type="checkbox"/> 2º grau completo 6 <input type="checkbox"/> 3º grau incompleto 7 <input type="checkbox"/> 3º grau completo 8 <input type="checkbox"/> Pós – graduação		
1.9. Situação de trabalho		1 <input type="checkbox"/> Trabalho com carteira assinada 3 <input type="checkbox"/> Desempregado 5 <input type="checkbox"/> Aposentado 2 <input type="checkbox"/> Trabalho Autônomo 4 <input type="checkbox"/> Trabalho Doméstico		
2. IDENTIFICAÇÃO DO FILHO QUE É ATENDIDO NO CRAS				
1.1. Sexo 1 <input type="checkbox"/> Masculino 2 <input type="checkbox"/> Feminino		1.2. DN: ____/____/____		
1.3. Motivos do encaminhamento da escola: _____				
1.4. Concorda com os motivos de encaminhamento? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não				
1.5. Já sofreu algum tipo de ameaça da escola (conselho tutelar)? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não				
1.6. Tem algum problema de saúde? 1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
1.7. Se sim, quais? 1 <input type="checkbox"/> déficit de atenção e hiperatividade 2 <input type="checkbox"/> depressão 3 <input type="checkbox"/> obesidade 4 <input type="checkbox"/> outros _____				
2. FELICIDADE				
Utilizando a escala de 1 a 7, refira o seu grau de acordo com cada item:				
2.1. Em muitos aspectos, a minha vida se aproxima dos meus ideais.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2.2. As minhas condições de vida são excelentes.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2.3. Estou satisfeito com a minha vida.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
2.4. Até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente 2 <input type="checkbox"/> Discordo	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco 4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco 6 <input type="checkbox"/> Concordo	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente

2.5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria em praticamente nada.	1 <input type="checkbox"/> Discordo plenamente	3 <input type="checkbox"/> Discordo um pouco	5 <input type="checkbox"/> Concordo um pouco	7 <input type="checkbox"/> Concordo fortemente
	2 <input type="checkbox"/> Discordo	4 <input type="checkbox"/> Não concordo nem discordo	6 <input type="checkbox"/> Concordo	

3. ANSIEDADE

Abaixo há uma lista de sintomas comuns à ansiedade. Por favor, preencha cada item da lista cuidadosamente. Assinale os sintomas que você apresentou durante a **última semana incluindo hoje** com um círculo em torno do número correspondente.

Dormência ou formigamento	0	1	2	3
Sensações de calor	0	1	2	3
Tremor nas pernas	0	1	2	3
Incapaz de relaxar	0	1	2	3
Medo de acontecimentos ruins	0	1	2	3
Confuso ou delirante	0	1	2	3
Coração batendo forte e rápido	0	1	2	3
Inseguro(a)	0	1	2	3
Apavorado(a)	0	1	2	3
Nervoso(a)	0	1	2	3
Sensação de sufocamento	0	1	2	3
Tremor nas mãos	0	1	2	3
Trêmulo(a)	0	1	2	3
Medo de perder o controle	0	1	2	3
Dificuldade de respirar	0	1	2	3
Medo de morrer	0	1	2	3
Assustado(a)	0	1	2	3
Indigestão ou desconforto abdominal	0	1	2	3
Desmaios	0	1	2	3
Rubor facial	0	1	2	3
Sudorese (não devido ao calor)	0	1	2	3

4. SITUAÇÃO DE SAÚDE AUTO-REFERIDA E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

6.1. Sua saúde está:	1 <input type="checkbox"/> Excelente	2 <input type="checkbox"/> Ótima	3 <input type="checkbox"/> Boa	4 <input type="checkbox"/> Regular	5 <input type="checkbox"/> Ruim
6.2. Tem hipertensão arterial ou pressão alta?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
6.3. Tem diabetes ou alta quantidade de açúcar no sangue?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
6.4. Tem depressão?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
6.8. Tem dor crônica? Ao longo da vida, a maioria de nós tem algum tipo de dor de vez em quando (como dor de cabeça comum, dor muscular ou lombar, dor de dente etc.). <u>Nos últimos 3 meses</u> , você tem sentido dor (contínua, não esporádica) ou alguma sensação desagradável /desconfortável /estranha como choque, pontada, peso, queimor, formigamento, dormência?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não 3 <input type="checkbox"/> Não Sei				
6.9. <u>Se tem dor ou alguma sensação desagradável /desconfortável /estranha</u> , qual sua intensidade?	1 <input type="checkbox"/> Fraca	2 <input type="checkbox"/> Moderada	3 <input type="checkbox"/> Forte	4 <input type="checkbox"/> Violenta	4 <input type="checkbox"/> Insuportável
6.18. Tem direito a algum plano de saúde? (Pode ser plano de saúde privado/ que a empresa pague)					1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não
6.19. Consultou-se com médico(a) nos últimos 3 meses?	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	6.20. Internou em hospital no último ano?	1 <input type="checkbox"/> Sim 2 <input type="checkbox"/> Não	


7. CONSUMO DE MEDICAMENTOS

7.1. Você faz uso diário de medicamentos?	1 <input type="checkbox"/> Sim	2 <input type="checkbox"/> Não	7.2. Quantos são os medicamentos:
7.3. Qual (is) é (são) o(s) medicamento(s)? OBS: Somente os medicamentos que tenha: blister, embalagem ou bula			
	Medicamento		Posologia (Qtas vezes ao dia)
M1			
M2			

M3					
M4					
M5					
M6					
M7					
M8					
7. CONSUMO DE MEDICAMENTOS DO FILHO					
M6					
M4					
M5					
M6					
8. CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA (ABEP – CCEB)					
POSSE DE ITENS	Não Tem	Tem 1	Tem 2	Tem 3	Tem 4
Televisão em cores	0	1	2	3	4
Rádio	0	1	2	3	4
Banheiro	0	4	5	6	7
Automóvel	0	4	7	9	9
Empregada mensalista	0	3	4	4	4
Máquina de lavar	0	2	2	2	2
Vídeo cassete e/ou DVD	0	2	2	2	2
Geladeira	0	4	4	4	4
Freezer (separado ou duplex)	0	2	2	2	2
GRAU DE INSTRUÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA					
Analfabeto/primário incompleto	0	Primário Completo/ginasial incompleto			1
Ginasial completo/colegial incompleto	2	Colegial completo/superior incompleto			4
Superior completo	8	TOTAL ABEP			

ANEXO 4

ACEITE COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS - 												
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
<p>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</p> <p>Título da Pesquisa: Impacto da Terapia Comunitária Integrativa na saúde biopsicossocial de mulheres atendidas pelo CRAS - Centro Redentorista de Ação Social da Igreja Perpétuo Socorro de Curitiba-PR.</p> <p>Pesquisador: Dione Lorena Tinti</p> <p>Área Temática:</p> <p>Versão: 3</p> <p>CAAE: 19322213.5.0000.0102</p> <p>Instituição Proponente: Setor de Educação Profissional e Tecnológica</p> <p>Patrocinador Principal: Financiamento Próprio</p> <p>DADOS DO PARECER</p> <p>Número do Parecer: 541.707</p> <p>Data da Relatoria: 19/02/2014</p> <p>Apresentação do Projeto:</p> <p>Trata-se de um Projeto de Pesquisa sob responsabilidade da Profa Dra. Dione Lorena Tinti, do Setor de Educação Profissional e Tecnológica da UFPR. A pesquisa será realizada com mulheres participantes dos grupos de Terapia Comunitária que realizam regularmente encontros semanais CRAS Centro Redentorista de Ação Social da Igreja Perpétuo Socorro no Bairro Alto da Glória, do município de Curitiba/PR.</p> <p>Objetivo da Pesquisa:</p> <p>Objetivo Primário:</p> <p>- Analisar os impactos da Terapia Comunitária Integrativa (TCI) por meio dos resultados psicoemocionais (autopercepção da felicidade, da capacidade de resiliência frente às questões psicoemocionais e construção de redes de suporte social) e físicos (uso dos serviços de saúde, presença de patologias e consumo de medicamentos) entre as mulheres atendidas pelo CRAS - Centro Redentorista de Ação Social da Igreja Perpétuo Socorro no Bairro Alto da Glória, do município de Curitiba/PR.</p> <p>Objetivo Secundário:</p> <p>- Identificar as principais queixas das mulheres atendidas pelo CRAS; - Compreender os efeitos da TCI na saúde psicossocial (autopercepção da felicidade, da capacidade de</p>												
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;">Endereço: Rua Padre Camargo, 280</td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%; text-align: right;">CEP: 80.060-240</td> </tr> <tr> <td>Bairro: 2º andar</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: PR</td> <td>Município: CURITIBA</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefone: (41)3360-7259</td> <td></td> <td style="text-align: right;">E-mail: cometica.saude@ufpr.br</td> </tr> </table>	Endereço: Rua Padre Camargo, 280		CEP: 80.060-240	Bairro: 2º andar			UF: PR	Município: CURITIBA		Telefone: (41)3360-7259		E-mail: cometica.saude@ufpr.br
Endereço: Rua Padre Camargo, 280		CEP: 80.060-240										
Bairro: 2º andar												
UF: PR	Município: CURITIBA											
Telefone: (41)3360-7259		E-mail: cometica.saude@ufpr.br										

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 541.707

resiliência frente às questões psicoemocionais e redes suporte social) e física (uso dos serviços de saúde, presença de patologias e consumo de medicamentos) entre as mulheres atendidas na TC pelo CRAS.

- Caracterizar o perfil sociodemográfico da população de estudo;
- Analisar o índice de autopercepção da felicidade do grupo analisado;
- Perceber se durante o processo de Terapia Comunitária Integrativa houve aumento de resiliência das mulheres sobre as queixas mencionadas no início da investigação.
- Verificar se as mulheres do grupo identificam redes de suporte social e quais seriam os membros ou instituições dessa rede.
- Identificar a presença de patologias autorreferidas, uso de serviços de saúde e o perfil de utilização de medicamentos;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O risco pode existir caso algum dos sujeitos da pesquisa necessite de cuidados em saúde durante a sessão da TCI. Caso necessitem de acompanhamento terapêutico biopsicossocial, os pesquisadores encaminharão os participantes para acolhimento ambulatorial de TCI no HC/UFPR Ambulatório de Saúde Mental.

Benefícios:

- Aliviar o sofrimento físico e emocional e aumentar a resiliência, em conformidade com as práticas integrativas e complementares do SUS;
- Contribuir para o processo de autoconhecimento através da socialização de emoções e experiências de vida do grupo;
- Fortalecer as redes de atenção à saúde mental local;
- Estreitar o vínculo entre a equipe do CRAS;
- Reforçar a auto-estima individual e coletiva das mulheres que frequentam as rodas de TCI no CRAS;
- Favorecer o desenvolvimento comunitário, prevenindo e combatendo as situações de desintegração dos indivíduos e das famílias, restaurando e fortalecendo os laços sociais;
- Proporcionar um espaço de escuta sensível;
- Estimular a participação como requisito fundamental para dinamizar as relações sociais locais;
- Desmitificar o modelo biomédico e medicalizador da existência humana.

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -**



Continuação do Parecer: 541.707

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Método Qualitativo, de natureza exploratória e Técnica da Observação Participante. A coleta de dados, além da observação, se dará por meio de entrevista com aplicação de formulário de pesquisa com mensuração de dados clínicos e entrevistas de tipo Grupo Focal no início das rodas de TCI e após 12 meses, ao final dos encontros de TCI. Tais informações consistem de: a. Dados sociodemográficos: sexo, idade, raça, grau de escolaridade, situação de trabalho, renda, estado civil; b. Escala de satisfação com a vida: A felicidade foi mensurada através do instrumento Satisfaction with life scale (SWLS)- escala de satisfação com a vida, elaborado por Diener et al. (1985). Esta escala visa estimar a satisfação da pessoa comparando as condições de vida atuais em relação ao padrão de vida estabelecido por ele como desejável (GONÇALVES; KAPCZINSKI, 2008).

Critério de Inclusão:

- Estar participando das rodas de TC no CRAS - Centro Redentorista de Ação Social da Igreja Perpétuo Socorro no Bairro Alto da Glória, do município de Curitiba/PR.

Critério de Exclusão:

- Indivíduos com compreensão cognitiva/mental que limite a coleta de dados da pesquisa. Ter no mínimo 18 anos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos obrigatórios foram apresentados. Foi anexada a declaração final modelo CONEP, onde o Coparticipante concorda com o parecer emitido por este CEP/SD.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 541.707

Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa, tanto o participante como o pesquisador deverão rubricar todas as páginas do TCLE, opondo assinaturas na última página do referido Termo (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

CURITIBA, 26 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Claudia Seely Rocco
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280	CEP: 80.060-240
Bairro: 2º andar	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br

ANEXO 5

Submissão do artigo

23/11/2014

Gmail - A manuscript number has been assigned: RPSP-D-14-00068



Milene Vosgerau <milenezanoni@gmail.com>

A manuscript number has been assigned: RPSP-D-14-00068

1 mensagem

Revista Portuguesa de Saúde Pública <isabel.andrade@ensp.unl.pt>
 Para: milenezanoni@gmail.com, milenezanoni@ufpr.br

1 de julho de 2014 12:25

Ms. Ref. No.: RPSP-D-14-00068

Title: Impacto da intervenção com Terapia Comunitária Integrativa na saúde psicoemocional de adultos no Sul do Brasil
 Revista Portuguesa de Saúde Pública

Dear Milene,

Your submission "Impacto da intervenção com Terapia Comunitária Integrativa na saúde psicoemocional de adultos no Sul do Brasil" has been assigned manuscript number RPSP-D-14-00068.

To track the status of your paper, please do the following:

1. Go to this URL: <http://ees.elsevier.com/rpspl/>
2. Enter your login details
3. Click [Author Login]
This takes you to the Author Main Menu.
4. Click [Submissions Being Processed]

Thank you for submitting your work to Revista Portuguesa de Saúde Pública.

Kind regards,

Ana Maria Cardoso
 Receiving Ed/Office
 Revista Portuguesa de Saúde Pública

Please note that the editorial process varies considerably from journal to journal. To view a sample editorial process, please click here:
http://ees.elsevier.com/eeshelp/sample_editorial_process.pdf

For further assistance, please visit our customer support site at <http://help.elsevier.com/app/answers/list/p/7923>. Here you can search for solutions on a range of topics, find answers to frequently asked questions and learn more about EES via interactive tutorials. You will also find our 24/7 support contact details should you need any further assistance from one of our customer support representatives.